

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.

En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Pathologie et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.

Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Prothésaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° P19-0035804

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0000313 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : VENTE D'ARTS ABRES

Nom & Prénom : EL OUAFI ZOHERA

Date de naissance : 01/01/1972

Adresse : Boulevard Rue 66 n°15
CASABLANCA

Tél : 0522 215798 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/12/2021

Nom et prénom du malade : EL OUAFI ZOHERA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Basse de vision

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA

Le : 23/01/2022

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-035804

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 16/02/2021 | | 1 | Deux cent cinquante | |
| | | | 250 dh | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

DRATLAS FARRUK
Ophtalmologiste
Tél: 051 30 80 28
GSM: 0661 39 66 43

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| PHARMACIE ANDALOUS Rachid SLAOUI 394, Angle Av. 2 Mars et Bd Panoramique Casa - Tél: 05 22 21 17 85 | 16/12/2021 | 870.00 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

PHARMACIE ANDALOUS
Rachid SLAOUI
394, Angle Av. 2 Mars et Bd Panoramique
Casa - Tél: 05 22 21 17 85

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

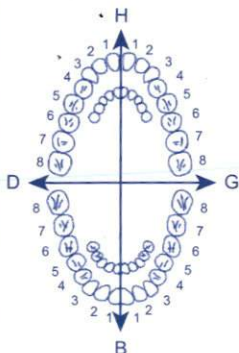
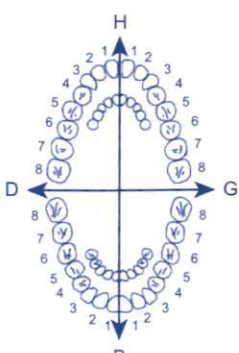
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|--|--|------------------|-------------|-------------------------|
|  | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 35533411 11433553 B | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|  | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DATE DU DEVIS |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Farida ATLAS

Chirurgie de la cataracte
Echographie - Angiographie - Laser
Contactologie - Strabologie
Membre de la Société Française d'Ophtalmologie
Ancien spécialiste au CHU 20 Août Ibnou Rochd - (Casa)



الدكتورة فريدة أطلس

الجراحة المجهرية للجلالة
تخطيط أوعية الشبكة , الليزر
العدسات اللاصقة, الحول
عضو في الجمعية الفرنسية لطب العيون
طبيبة سابقة بمستشفى 20 غشت بالدار البيضاء

Casablanca le : 16.12.2021

PHARMACIE ANDALOUS
Rochid SLAOU
394, Angle Av 2 Mars et Bd Panoramique
Casa - Tél.: 05 22 21 17 85

PHARMACIE ANDALOUS
Rochid SLAOU
394, Angle Av 2 Mars et Bd Panoramique
Casa - Tél.: 05 22 21 17 85

DR. ATLAS Farida
Ophtalmologiste
Tél.: 05 22 80 80 28
GSM : 06 61 39 66 46
Agrée de Permis de Conduite

ANDALOUS
Rochid SLAOU
394, Angle Av 2 Mars et Bd Panoramique
Casa - Tél.: 05 22 21 17 85

PHARMACIE ANDALOUS
Rochid SLAOU
394, Angle Av 2 Mars et Bd Panoramique
Casa - Tél.: 05 22 21 17 85

Hay Riad El Ali, Résidence La Perla N° A7 au 2ème Etage - Casablanca

Urgent : 06 61 39 66 46 - E-mail : dr-atl-opt@live.fr



PPC : 333 DH

VR2762C10MAR/0919



3 662042 003295

Distribué au Maroc par :
Laboratoires SOTHEM

laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1, 27182 Bouskoura - Maroc
N° Homologation Maroc : 1573

1573/2016/DMP/20/DM
PC : 147,00 DH



CHIBROXINE 0,3%
COLLYRE Flacon 5ml - PPV - 36,50 DH
Distribué par les Laboratoires SOTHEMA
S.P.A. Boulevard - 27182 - MARSEILLE

Steripharma
PPV:57,90 dh

A utiliser avant: / Lot n°

08 / 2023.

2 9 9 5 2 7 .

Docteur Farida ATLAS

Chirurgie de la cataracte
Echographie - Angiographie - Laser
Contactologie - Strabologie
Membre de la Société Française d'Ophtalmologie
Ancien spécialiste au CHU 20 Août Ibnou Rochd - (Casa)



الدكتورة فريدة أطلّس

الجراحة المجهرية للجلالة
تخطيط أوعية الشبكة - الليزر
العدسات اللاصقة، الحول
عضو في الجمعية الفرنسية لطب العيون
طبيبة سابقة بمستشفى 20 غشت بالدار البيضاء

Casablanca le : 16.12.2021

EL OUAFI ZOHRA

Angiographie

+ OCT

Maculaire + papillaire

Dr. ATLAS Farida
Ophtalmologiste
Tél : 05 22 80 80 28
G S M : 06 61 39 66 46
Agrée de Permis de Conduite

Docteur Farida ATLAS

Chirurgie de la cataracte

Echographie - Angiographie - Laser

Contactologie - Strabologie

Membre de la Société Française d'Ophtalmologie

Ancien spécialiste au CHU 20 Août Ibnou Rochd - (Casa)



الدكتورة فريدة أطلس

الجراحة المجهرية للجلالة

تخطيط أوعية الشبكة - الليزر

العدسات اللاصقة - الحول

عضو في الجمعية الفرنسية لطب العيون

طبيبة سابقة بمستشفى 20 غشت بالدار البيضاء

Casablanca le : 27.12.2021

Compte rendu

Angiographie :

ODS - Montre un réseau maculaire
associées à de très nombreux foci
anémiques.

Des hémorragies DMS et SPS
postérieures avec atrophie postérieure

OCT Oculaire

réseau maculaire OD/OS
et exsudats hyper réfléchissants.

Avenue Rue 2 Mars et Boulevard El Fida - Hay Riad El Ah - Résidence La Perla N° A7 au 2ème étage - Casablanca

avec une EPF de l'épithélium

Tél : 05 22 80 80 28 - Urgent : 06 61 39 66 46 - E-mail : dr-atl-opt@live.fr

ATLAS Farida
Ophtalmologiste
Tél : 05 22 80 80 28
Urgent : 06 61 39 66 46
Agréé de Permis de Conduire